

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université

ANNÉE 1912

N^o

55

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre VERRIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à Paris, le 22 Décembre 1884

**Du Phagédénisme
CHANCRELLEUX**

Président : M. le Professeur GAUCHER

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

55

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université

ANNÉE 1912

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre VERRIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à Paris, le 22 Décembre 1884

Du Phagédénisme CHANCRELLEUX



Président : M. le Professeur GAUCHER

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	(WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	GILBERT
Clinique médicale	DEBOVE
	(LANDOUZY
	CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	(BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	BETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BARRIÉ

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCA

Chirurgien des Hôpitaux

DÉFINITION

Il n'est pas de définition nette du mot phagédénisme, ce vague tient à ce qu'il n'existe pas un, mais des phagédénismes par leurs causes, leurs aspects, leur mode de réaction aux différents agents thérapeutiques.

« Est-il besoin de vous donner une définition du phagédénisme, disait MAURIAC dans « Leçons sur maladies vénériennes » 1883 p. 905 ; son étymologie est significative, elle veut dire ulcération qui ronge, qui dévore. »

LEREBOULLET ni Dechambre « Le mot phagédénisme, comme beaucoup d'autres, a été introduit dans les sciences médicales sans signification précise et maintenu malgré les progrès de l'anatomie pathologique et de la clinique. Il s'applique aux ulcères qui s'étendent progressi-

vement et sont relativement rebelles aux agents thérapeutiques. Ce n'est donc ni une maladie, ni un symptôme propre à une maladie, mais un accident qui complique les maladies les plus diverses comme nature et leur imprime un caractère de malignité plus accentué. »

Le terme phagédénisme sert donc à qualifier la manière d'être d'une ulcération : il ne s'applique pas au fond même de l'ulcère, ni à sa nature, ni à aucun état anatomique déterminé, mais seulement à son allure, lorsque celle-ci est plus envahissante ou quelquefois seulement plus rapide ou plus chronique. Et Hallopeau voulant synthétiser en un mot tous ces caractères, avait proposé de substituer le qualificatif de vorax à celui de phagédénique.

Si la syphilis est une des affections qui se compliquent le plus souvent de phagédénisme : phagédénisme de l'accident primaire des formes secondaires, des éléments tertiaires elle est loin d'être la seule. On voit encore devenir phagédéniques des ulcérations tuberculeuses, cancéreuses, l'echyma, les ulcérations des pays chauds, et aussi le chancre mou, et c'est cette dernière forme du phagédénisme que nous envisagerons.

HISTORIQUE

Le phagédénisme semble avoir été étudié et connu dès la plus haute antiquité et l'étymologie même du mot aurait été donnée par Celse, qui décrivait sous ce nom certains ulcères des organes génitaux, Babington, Rollet, Cullerier, Follins citent de cet auteur cette phrase : « *Ulcus altius et latius serpit* », où il semble bien nettement avoir voulu décrire le chancre serpigineux.

Dans la suite plusieurs auteurs étudient la même question : Carnichael, Fallope qui décrivent l'ulcère « *de morbo gallico tractatus* », Babington, qui rattache le phagédénisme à la syphilis, peut-être même les confond ensemble, mais au XIX^e siècle seulement les notions deviennent plus exactes, les recherches se multiplient et la clinique précise nettement les différentes formes.

Plusieurs études sont publiées : Mauriac, « *Leçons sur maladies vénériennes* » ; Ricord, « *Leçons*

sur le chancre. » Fournier, articles bubon, chancre simple, phagédénisme *in* Dictionnaire Jaccoud. Rollet, articles bubon, chancre et phagédénisme *in* Dictionnaire de Dechambre. Le phagédénisme est également le sujet de plusieurs thèses : Belhomme, Sauvœur, Pouget, Berger, Bois, Balp, et Senlecq, en 1908, qui publie « Contribution à l'étude du phagédénisme », avec 8 observations déjà communiquées précédemment par Brocq et Simon à la Société de Dermatologie.

En ces dernières années, des observations épar-
sées de chancre serpigneux phagédénique ont été
publiées : Lœper et Fournier à Société de Derma-
tologie, 8 décembre 1898, cas de chancre mou pha-
gédénique du mollet. J. de Azua, deux cas d'ulcère
serpigneux d'origine vénérienne, dans les Annales
de dermatologie, 1910, (p. 297.) Des traitements nou-
veaux ont également été préconisés, et à différentes
reprises des études microbiologiques ont été faites,
mais sans grand résultat malheureusement.

Dans le numéro de « Paris Médical » (avril 1912),
le docteur Gougerot publiait une étude d'ensemble
sur le chancre mou et les observations de deux ma-
lades ^{soignés} à Saint-Louis, dans le service du
Professeur Gaucher, que nous reproduisons dans
notre thèse.

ÉTIOLOGIE

Ce chapitre a donné lieu aux constatations les plus diverses et les plus déconcertantes : plusieurs facteurs semblent jouer un rôle des plus nets dans l'origine de cette complication du chancre sans que l'on puisse attribuer à aucun d'eux, le rôle principal et prédominant.

Bell et Carmichael avaient pensé que le phagédénisme était le fait d'une transmission en espèce, le produit d'une graine phagédénique. « Ils sont un effet de la nature du virus, car ils sont bien plus fréquents dans certains temps que dans d'autres », disaient-ils, en parlant des ulcères chancrelleux et ils invoquaient à l'appui de leurs assertions, trois cas de phagédénisme pris sur la même femme.

La fausseté de cette étiologie et de cette pathogénie fut rapidement démontrée. La clinique prouva tout d'abord que le « phagédénisme venait souvent de chancres simples, moyens et même petits, n'of-

frant aucune malignité particulière. » Sauveur Pouget, dans thèse de Montpellier, 1882.

Enfin, avec Sperino, de Turin, et avec Fournier, la méthode si féconde des confrontations et des expérimentations, vient lever tous les doutes à cet égard. Sperino, avec du pus de chancre simple, inocula des ulcères phagédéniques. Dans une circonstance, Fournier eut l'occasion de remonter à la source d'une forme terrible de phagédénisme qui avait détruit une partie du prépuce et horriblement mutilé le gland : il trouva comme origine, sur la femme qui avait transmis cette affection, un petit chancre superficiel de la grande lèvre droite qui se cicatrisa en quelques semaines. Un chancre n'est donc pas phagédénique, parce qu'il a été contracté à une source telle ; il le devient pour des raisons indépendantes de son origine, influencé sans doute par diverses causes générales ou locales.

Ces diverses causes générales et locales ont tour à tour été parfaitement mises en lumière, sans que l'on puisse jamais attribuer à aucune d'elle un rôle prépondérant.

Il était tout naturel de faire intervenir en première ligne le mauvais état général du malade. La débilité, la misère physiologique, la grossesse jouent un rôle très important dans l'étiologie de cette affection. Frappé même de la fréquence de cette complication du chancre chez les alcooliques, Ricord avait créé un type clinique spécial « le chancre œno-phagédénique ». La fièvre intermittente joue peut-être

également un rôle : c'est du moins l'opinion de Sperino de Turin et le Dr de Azua a publié l'observation d'un chancre serpigineux phagédénique chez un paludique (« Clinica », Novembre 1909). Mais il faut bien reconnaître que cette influence de l'état général ne peut expliquer tous les cas.

Dans d'autres observations les auteurs invoquent comme causes occasionnelles la malpropreté, les pansements mal appliqués, la stagnation du pus. Melchior Robert cite le cas d'un malade atteint de chancre mou avec phimosis qui devint dans la suite phagédénique par suite de l'incurie de son médecin, qui ne trouva rien de mieux que d'introduire entre prépuce et gland des bourdonnets de charpie. »

Finger, dans son traité des maladies vénériennes, prétend que souvent « le phagédénisme est le résultat d'influences extérieures : la pression d'un prépuce étroit par exemple ou des irritations externes.

Ce sont là certainement des causes occasionnelles qui peuvent avoir une certaine influence, mais la véritable cause déterminante est encore inconnue. Avec l'avènement des doctrines microbiennes il était naturel qu'on vit surgir une interprétation en rapport avec cet ordre d'idées. Pour certains auteurs, dès lors, le phagédénisme devint une simple complication septique ; il fut le résultat d'une infec-

tion ou d'une association microbienne, secondaire.

Malheureusement, ces recherches n'ont pas jusqu'alors été couronnées de succès et n'ont permis de déterminer ni le bacille spécifique, ni le traitement approprié.

FORMES

DU PHAGÉDÉNISME CHANCRELLEUX

Le phagédénisme est une complication rare du chancre simple. La proportion donnée par Fournier est de 6 pour 1.000 cas : et en 22 ans il n'a pu en recueillir que 44 cas. A l'heure actuelle, cette proportion est encore peut-être au-dessus de la réalité. Dans un article récent, le docteur J. de Azua (« Annales de Dermatologie » 1910, page 207) n'a pu trouver que 2 cas de phagédénisme serpiginieux sur 71.000 malades vénériens (1). Peut-être, faut-il voir, en somme, dans cette proportion décroissante du phagédénisme comme complication du chancre simple le résultat d'une connaissance plus parfaite

(1) Sur les 8 malades présentés par Brocq et Simon à la Société de Dermatologie (février 1903), une seule fois, le phagédénisme s'était développé à la cuisse sur une inoculation de chancre simple et il avait pris la forme térébrante.

des lois de l'antiseptie et d'une application plus stricte de ses règles.

Le phagédénisme peut prendre naissance sur 2 points distincts : au chancre lui-même ou au bubon, Fournier avait observé que cette dernière origine était même la plus fréquente, toutes proportions gardées et qu'ordinairement, elle donnait naissance aux formes les plus redoutables, les plus envahissantes. Dans ces cas, rarement, il est la conséquence d'un phagédénisme chancrelleux : au contraire, il se présente à la suite de chancre de moyenne étendue, suivant une évolution normale, absolument dépourvus de cette malignité spéciale constitutive du phagédénisme. Ces observations de Fournier sont parfaitement confirmées par les 2 observations que nous reproduisons : le chancre fut bénin, le phagédénisme serpigineux fut une complication du bubon.

Quelle que soit son origine, le phagédénisme chancrelleux, qui n'est en somme que l'exagération d'un processus ulcératif peut revêtir différentes formes dont les principales sont :

Forme gangreneuse;

— pultacée aiguë;

— serpigineuse ;

— chronique des prostituées.

Forme gangreneuse. — Dans cette première forme, la région du chancre devient douloureuse : la suppuration séreuse est fétide. Les points violacés et grisâtres formés sur la plaie par

les tissus mortifiés ne se détachent pas, il s'en forme d'autres et bientôt tout le chancre est envahi par une escharre, qui noircit, se dessèche et s'étend en surface et en profondeur. Au bout de quelques jours, du 2^e septenaire au plus tard, une séparation très nette s'établit entre les parties vives et mortifiées, l'escharre se détache en lambeaux ou en masse, laissant une plaie simple. Malheureusement, de profondes empreintes, des mutilations, des déformations sans nombre, sont le vestige de cette forme sùraiguë.

Forme pulvacée aiguë. — Là, au contraire, après une évolution régulière, subitement le chancre devient douloureux, la peau environnante s'enflamme. Les bords de l'ulcération paraissent plus élevés et ils sont plus décollés, plus déchiquetés. Le fond, le plus souvent inégal, est couvert d'une membrane grisâtre qu'on prendrait facilement pour une escharre, mais qui ressemble plutôt à une membrane diphtéroïde. Le pus est sanguinolent : on note un léger mouvement fébrile. Dans la suite, cette forme peut devenir térébrante, mais le plus souvent l'ulcération se déterge et bourgeonne. Dans d'autres cas, au contraire, le phagédénisme s'étend et c'est la forme serpigineuse.

Forme serpigineuse. — Celle-ci se caractérise par un travail de réparation et de cicatrisation s'opérant sur les points les premiers atteints, tandis que l'ulcération s'étend. Le phagédénis

ne serpigneux ne présente donc pas un aspect uniforme et on assiste en même temps à différentes périodes d'ulcération et de cicatrisation.

L'ulcération se présente avec des dimensions variables, en superficie, mais ne dépassant jamais en profondeur le tissu cellulaire sous-cutané. Les bords sont inégalement sinueux comme festonnés. Le fond est grisâtre, recouvert de fausses membranes, difficiles à enlever. Sur d'autres points, on a un aspect tout différent : les bords sont affaissés, recollés, presque de niveau, avec l'ulcération ; la surface ulcérée est rouge et granuleuse. Ailleurs, la réparation est plus avancée ; on a des îlots de cicatrisation tantôt au centre, tantôt à la circonférence. Suivant le degré de réparation, on a une configuration variable : le plus souvent elle se présente sous forme d'une cicatrice irrégulière comme celle d'une brûlure, circonscrite sur son pourtour par l'ulcération, qui lui forme une bordure.

L'ulcération n'offre rien de régulier dans sa marche. Assez souvent, elle progresse avec rapidité dans les premiers temps, pour prendre ensuite une allure plus lente ; d'autres fois, elle procède d'une façon égale et continue.

Le trajet qu'elle parcourt n'est soumis à aucune règle ; elle s'étend en ligne droite ou au contraire s'infléchit capricieusement.

La durée est variable ; mais, à ce point de vue, un pronostic des plus réservés s'impose devant la

tenacité des lésions et la durée indéfinie de certaines formes. Si certaines ulcérations se cicatrisent, en effet, en quelques semaines, d'autres en quelques mois, il en est qui persistent des années entières : le malade de Fournier dont le phagédénisme remontait à 14 ans ; le malade dont nous publions l'observation, (chancre en novembre 1907), en sont des exemples malheureusement trop frappants. Un autre point curieux de l'histoire symptomatique de cette ulcération, ce sont les recrudescences, les rechutes inattendues, se produisant à une époque où les progrès de réparation sont les plus sensibles, où la guérison semble définitivement acquise et cela sans la moindre cause apparente appréciable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

N. H., n° 22.526. 27 ans, journalier.

Le début de l'affection pour laquelle le malade se présente à l'hôpital remonte à novembre 1907. A cette époque il eut un chancre mou, qui ne présenta pas une malignité particulière, et guérit assez rapidement. Malheureusement, il fut suivi d'un bubon inguinal gauche qui s'enflamma, suppura et nécessita une incision en décembre 1907, à Brest. Le bubon se cicatrisa au bout de 3 mois, et on voit encore nettement le tissu cicatriciel blanchâtre au niveau de la région inguinale. Mais, en même temps, il se formait au-dessous de cette cicatrice, vers la racine de la cuisse, un large placard inflammatoire qui ne tardait pas à suppurer.

Depuis 4 ans $1\frac{1}{2}$, toute la moitié supérieure de la cuisse est envahie par cette ulcération, avec des alternatives de recrudescence et d'accalmie. Lorsque le malade se présente à l'hôpital St-Louis, 28 octobre 1911, les lésions semblent

passer par une phase d'acuité toute particulière. On compte 11 ulcérations, dont la grandeur varie entre une pièce de 5 francs et une grande paume de main. Ces ulcérations sont tout à fait superficielles, à contours plus ou moins irréguliers et déchiquetés et séparées par des intervalles de peau saine mais œdématiée, infiltrée : elles suppurent modérément, le fond est rouge et anfractueux. Malgré ces lésions, le malade cependant peut marcher. Immédiatement on applique des pansements humides et des compresses imbibées de chlorure de zinc au 1/1.000.

15 Décembre : les ulcérations toujours aussi nombreuses, conservent la même étendue. Des recherches microbiologiques sont faites, on trouve le bacille de Ducrey en abondance. On commence l'application de boues radio-actives.

15 Janvier. On note une légère amélioration : les ulcérations sont moins étendues : les bords semblent légèrement bourgeonner.

15 Février. Application de thermo-cautère sur les bords sans résultat bien appréciable.

15 Mars. M. le Dr Vignal soumet toutes ces ulcérations à une application d'air chaud. Le malade supporte courageusement cette intervention faite énergiquement. On passe le courant d'air chaud à plusieurs reprises ; la 1^{re} escharre formée est enlevée avec une compresse, la plaie est de nouveau soumise à une application d'air chaud. Malheureusement, un examen microbiologique montre que le bacille de Ducrey repullule.

24 Avril. Sous anesthésie générale, le Dr Vignal fait une nouvelle application d'air chaud encore plus énergique.

28 Avril. L'ulcération suppure plus abondamment : on remarque même du pus bleu. Immédiatement on fait des pansements à l'iode et au sérum artificiel.

1 Mai. On fait au malade une série de 10 piqûres de cacodylate de soude, sans noter une amélioration quelconque.

24 Juillet. Le malade sort de l'hôpital sur sa demande.

31 Juillet. Le malade revient. Durant son absence, il n'a été soumis à aucun traitement particulier. Les ulcérations tendent à se cicatriser à la partie interne, mais s'étendent légèrement à partie supérieure.

5 Août. Sous anesthésie générale, le Dr Vignal fait une nouvelle application d'air chaud bien supportée par le patient. Les ulcérations se cicatrisent lentement mais progressivement. On voit des ilots de peau saine au milieu des ulcérations et tout autour un liseré de cicatrisation.

27 septembre. Un nouvel examen montre le Ducrey en abondance dans les clapiers situés à la périphérie des ulcérations.

1 Octobre. Application d'air chaud après curetage des clapiers.

1 Novembre. On trouve toujours le bacille de Ducrey dans toutes les parties décollées sur le pourtour des ulcérations ; 4 lames sur 5 en présentent.

OBSERVATION II

L. N., n° 20.327, 26 ans, garçon de restaurant

En janvier 1911, cet homme a eu à la verge deux ulcérations qu'un médecin qualifia de chancres mous. Quelques jours plus tard apparut un bubon inguinal gauche qui rapidement suppura et devint phagédénique.

Bien que les deux chancres mous restassent bénins et ne tardassent pas à se cicatriser, le bubon phagédénique fit des progrès incessants et persistait encore 10 mois après.

Lors de son entrée, 20 avril 1911, le bubon phagédénique est en pleine activité : il a environ 15 centimètres de hauteur, il ravage l'aîne sur toute la face antérieure de la cuisse, il envahit la paroi abdominale, il creuse le pli inguino-scrotal : les bords violacés, irréguliers, décollés creusent de profonds clapiers ; le fond inégal, vermoulu, suppure abondamment. Les deux chancres mous, au contraire, porte d'entrée de cette infection si grave, sont cicatrisés.

Le traitement préconisé depuis longtemps par le Professeur Gaucher : applications et pulvérisations d'eau oxygénée, et dans les intervalles, panséments humides avec compresses imbibées au chlorure de zinc au 1/1.000, amènent une détersion rapide de la plaie.

Dans la suite on applique des sachets de boues sadiférés, le 28 mai 1911, la cicatrisation est manifestement activée, mais il reste des clapiers dans le pli inguino-scrotal, où le pus s'accumule : le 23 juin on ouvre ces clapiers, mais une petite poussée septicémique semble se produire, car le soir l'état général devient mauvais, la température monte à 40° et cet état fébrile persiste jusqu'au 26 juin.

Le 3 juillet nouvelle poussée d'infection, fièvre monte à 40°, une traînée lymphangitique se dessine sur la verge.

Le 4 juillet, petit abcès du dos de la verge qui s'ouvre spontanément.

Ces poussées fébriles loin de ralentir la cicatrisation semblent l'accélérer.

Le 10 août la cicatrisation s'arrête et l'ulcération semble s'agrandir. On tente des applications d'acide carbonique neigeux, la cicatrisation reprend. Elle s'arrête à nouveau. On essaie le 22 et 23 septembre deux applications d'air chaud à 150° et le 27 septembre, une 3^e application à 200°.

la cicatrisation semble s'activer pendant quelques jours, puis reste stationnaire.

Le 16 nov. 1911, on aperçoit au milieu d'une large cicatrice cruro-abdominale, une ulcération de 3 centimètres de largeur environ ; le malade sort incomplètement guéri. Le bacille de Ducrey avait été trouvé dans cette ulcération en avril 1911 et en nov. 1911 par M. Bricourt.

Dans les deux observations qui précèdent, la syphilis est à éliminer, jamais il n'y a eu d'accidents secondaires et la réaction de Wassermann faite à différentes reprises a toujours été négative.

Ces deux observations, prises dans le courant de l'année scolaire 1911-1912 dans le service du professeur Gaucher, ont été publiées dans un travail d'ensemble sur le chancre mou du Dr Gougerot (« Paris Médical », Avril 1912), travail auquel nous les empruntons.

... OBSERVATION III

Le malade présenté par Lœper et Fournier à la Société de Dermatologie en décembre 1898, offre un type parfait d'ulcère serpiginieux phagédénique chancrilleux. Il se présente à l'hôpital pour une ulcération de la face postérieure de la jambe droite ayant tous les caractères d'une lésion syphilitique tertiaire : bords irréguliers circulaires à l'emporte-pièce ; fond anfractueux recouvert d'un pus assez épais, réaction périphérique légère et peu étendue. Les lymphatiques de la partie interne de la jambe n'étaient pas engorgés et les ganglions de l'aîne répondant aux vaisseaux du membre inférieur n'étaient point perceptibles.

Le malade affirmait n'avoir jamais eu de chancre induré et ne présentait aucune tare de syphilis héréditaire, mais il était porteur depuis deux mois, au niveau du prépuce d'une couronne de chancres mous typiques.

Il racontait que la lésion de la jambe avait suivi de 15 jours environ celle de la verge et qu'il s'était très probablement inoculé le pus chancreux au niveau d'une petite érosion soit par grattage ou simple frottement de son pantalon souillé. Il s'aperçut en effet qu'une petite écorchure prurigineuse qu'il portait à la jambe avait un jour complètement changé d'aspect, et en 2 semaines avait atteint les dimensions qu'elle présente actuellement. L'hypothèse émise par le malade était parfaitement plausible : l'examen bactériologique, qui permit de déceler du Ducrey en abondance au niveau de la lésion la confirma nettement.

De Azua (« Clinica », nov. 1909) cite deux cas d'ulcère serpiginoux d'origine vénérienne. Il résume brièvement le premier et expose longuement l'observation du 2^e malade. « Il s'agit d'un paludique atteint de diarrhées et de fièvre, qui à la suite de quelques chancres mous de la verge préenta un bubon qui s'enflamma rapidement et s'ouvrit spontanément. L'ouverture fut dans la suite agrandie par un médecin à l'aide d'un bistouri non désinfecté, L'ulcération qui en résulta aboutit à un processus chronique : superficielle, elle s'étendit à sa circonférence suivant une allure serpiginieuse, tandis qu'elle se cicatrisait dans les parties centrales. »

BACTÉRIOLOGIE

Les recherches bactériologiques restent obscures, en ce sens qu'il est impossible encore actuellement de spécifier le micro-organisme qui, surajouté au chancre simple, lui inocule la qualité phagédénique.

Les examens cependant ont été nombreux. Le 2 novembre 1902, Bizard et Gaston Ribon trouvent des streptocoques dans un cas de phagédénisme superficiel syphilitique. (Sociétés française de Dermatologie et de Syphiligraphie).

Le docteur Leuglet trouve, dans deux cas publiés par Brocq et Simon, des streptocoques et dans un de ces deux cas un bacille se rapprochant singulièrement de celui de Ducrey. Chez deux autres malades Dominici et Rubens Duval trouvent également des streptocoques extrêmement virulents.

En juin 1906, Brault, d'Alger, a fait connaître à la Société française de dermatologie trois cas d'ulcères des pays chauds, présentant la symbiose fuso-spirillaire.

Cette symbiose cependant n'est pas pathognomonique de cette forme d'ulcération, et en 1906, Balzer et Foisol la signalent dans des chancres mous gangréneux crûro-vulvaires.

Les produits de raclage d'ulcère phagédénique du mollet (cas de Fournier et Lœper) colorés par méthode de Nicolle, renfermaient le bacille de Ducrey et quelques cocci sans importance. Ce micro-organisme peu coloré à sa partie moyenne, offrait la disposition caractéristique en chaînettes et se présentait identique au niveau de la verge.

Par contre, ni dans les exsudats, ni dans les produits de raclage de Azua, dans un cas d'ulcère serpigineux d'origine vénérienne chez un paludique, n'a pu mettre en évidence le bacille de Ducrey ; par contre, dans des frotties, il a observé un coccus de même morphologie que celui déjà observé par Piocco et Unna, mais dont le rôle lui apparaît comme bien fragile.

Dans les deux observations que nous publions, les recherches microbiologiques ont été faites à différentes reprises ; toujours, on a retrouvé le bacille de Ducrey et, après un an de traitement d'applications antiseptiques d'air chaud, un dernier examen (2 nov.) de la première observation, montre encore dans les clapiers de la périphérie de l'ulcération, le Ducrey en abondance, avec sa disposition caractéristique ou chaînettes : 4 lames sur 5 en contiennent.

DIAGNOSTIC

En tant que lésions, le phagédénisme s'impose : ses caractères évolutifs font facilement reconnaître la forme serpiginieuse ; l'étude des commémoratifs et de la lésion initiale permet facilement de remonter soit au chancre simple, soit au bubon, le plus souvent origine première de l'ulcération.

Il faut reconnaître cependant que cette forme de phagédénisme peut facilement être confondue avec certaines ulcérations serpiginieuses de la syphilis secondaire ou tertiaire. Le malade de Lœper et Fournier en est un exemple frappant : la lésion prise de prime abord pour une syphilide tertiaire fut diagnostiquée dans la suite grâce seulement à un examen microbiologique.

Les syphilides ulcéreuses sont toujours doublées et encadrées d'une infiltration d'une dureté bien apparente : la circonférence de la lésion est faite d'arceaux conjugués. C'est ordinairement un ulcère

térébrant détruisant en profondeur. Si cependant il revêt une allure serpigineuse et superficielle, permettant de le confondre avec phlagédénisme chancrelleux serpigneux, une étude attentive des antécédents permettra de lever tous les doutes. Dans certains cas enfin, il pourra être nécessaire de faire des examens bactériologiques qui permettront de retrouver le bacille de Ducrey ou d'instituer un traitement mercuriel et ioduré ou arsenical pour dépister la syphilis.

PRONOSTIC

La forme serpiginieuse du phagédénisme chancrelleux n'offre pas localement la même gravité que la forme ténébrante. On ne note pas dans ces cas ces empreintes profondes, ces mutilations sans nombre, ces déformations, ces athrésies d'orifice qui sont le vestige le plus ordinaire de la forme gangréneuse.

Elle entraîne à sa suite cependant des conséquences diverses : accès inflammatoires, légères hémorragies, douleurs plus ou moins vives au niveau des ulcérations, affaiblissement progressif du malade, résultat de l'abondante suppuration. Une anémie grave, de l'amaigrissement en résultent le plus souvent. Enfin, influencé par l'acuité de ces lésions et surtout par leur tenacité, ordinairement le moral du malade est profondément atteint.

Un point d'ailleurs assombrit toujours le pronostic : la possibilité de rechutes. Il faut, en effet, tou-

jours se tenir en défiance avec le phagédénisme, et ne le dire guéri qu'au moment où la dernière parcelle d'ulcération est absolument et sûrement cicatrisée. Tant qu'il reste un recoin de la plaie encore ouvert, si imperceptible soit-il, une recrudescence est toujours possible et elle peut être des plus graves au point de tout remettre en question, à une époque où la guérison semblait le mieux assurée.

TRAITEMENT

Pour lutter contre une affection à allures si essentiellement malignes et chroniques, nécessairement les traitements les plus variés ont été proposés.

Belhomme suivant les préceptes de Rollet préconisait déjà dans sa thèse « des caustiques non seulement modificateurs, mais destructeurs » ; Ricord, après avoir employé la pâte carbo-sulfurique « cet emporte-pièce à sec et à froid » proposa le tartrate ferrico-potassique « cet ennemi né du phagédénisme » ; Hutchinson employait l'irrigation continue ; Desprez constata plusieurs cas de guérison par des érysipèles provoqués. Melchior Robert, attribuant le phagédénisme chez les gens débiles à une diminution des globules sanguins, ordonne un traitement ferrugineux ; chez les gens robustes le nombre des globules est le même mais la fibrine est en excès et dans ces cas-là les alternants sont indiqués, il donne le nitrate de potasse à haute dose.

Marc Sée, en 1880, à la Société de Chirurgie propose le simple râclage de l'ulcération : « il suffit d'enlever toute la matière pulpeuse qui est à la surface de l'ulcère, d'ouvrir tous les clapiers, et ensuite de cautériser avec le thermocautère et de faire pansement antiseptique avec solution de chloral et d'acide phénique ». Gayraud, de Montpellier, a publié 2 cas heureux de guérison, après curetage et application du crayon au nitrate.

Brocq et Simon ont publié une observation où la guérison suivit une intervention chirurgicale.

De Azua, tout en reconnaissant combien le traitement est difficile, préconise les applications de compresses chaudes imbibées de permanganate de potasse et les cautérisations répétées et actives de thermocautère sur les bords où se fait la progression de l'ulcère. Dans les deux observations que nous publions, plusieurs traitements ont été essayés successivement. Au début, on fait sur la plaie de simples pansements antiseptiques avec des compresses imbibées de chlorure de zinc au 1 millième; dans la suite, on emploie les boues radioactives, et sur les bords, par où la lésion semble progresser, des applications fréquentes de thermocautère. En mars dernier, enfin, on a commencé un traitement par l'air chaud; des applications énergiques ont été faites à différentes reprises et le traitement est encore continué à l'heure actuelle dans un de nos cas,

Si le traitement a été couronné de succès dans notre 2^e observation, il faut reconnaître que, malgré une certaine amélioration, on est loin encore d'un état satisfaisant chez notre premier malade.

CONCLUSIONS

I. Sous le nom de phagédénisme on a décrit des processus de natures très diverses :

Si la syphilis, à ses différentes périodes, et les ulcères des pays chauds sont des affections qui se compliquent le plus souvent de phagédénisme, il faut reconnaître qu'on le rencontre dans d'autres cas, le chancre mou par exemple, quoique beaucoup plus rarement.

II. Les examens microscopiques ont révélé dans un certain nombre de cas le bacille de Ducrey : dans d'autres, au contraire, on a trouvé les microbes ordinaires, de la suppuration, des streptocoques ; ou des cocci sans caractères.

III. Le phagédénisme semble bien dû cependant à une infection microbienne :

La forme spéciale de ses lésions,

Les bords déchiquetés et souvent décollés de l'ulcération;

Son mode d'extension particulière en sont presque une preuve.

IV. Si tous ses caractères cliniques permettent d'envisager le phagédénisme comme une complication septique, il faut réserver cependant un rôle important à l'état général du sujet.

V. Le phagédénisme chancrelleux offre différents types cliniques parfaitement déterminés et on a :

La forme térébrante,

La forme pultacée,

La forme serpigineuse.

VI. Le pronostic de cette affection est ordinairement favorable : quoad vitam. Il doit cependant être réservé, car le malade peut s'affaiblir, épuisé par cette suppuration prolongée : devant la tenacité des lésions, son moral peut être profondément atteint, des recrudescences

de l'ulcération sont toujours à craindre alors même que la guérison semble le mieux assurée

VII. Les agents thérapeutiques les plus divers employés jusqu'alors n'ont donné que des résultats bien précaires.

Vu : *Le Président de thèse,*
E. GAUCHER.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883,
p. 905.

FOURNIER. — Articles Bubon, Chancre, Phagédénisme. In
Jaccoud (Dictionnaire).

ROLLET. — Articles Bubon, Chancre, Phagédénisme. In
Déchambre (Dictionnaire).

BASSEREAU. — Traité des affections de la peau. Paris 1852.

FOURNIER. — Leçons de Ricord sur le chancre. Paris, 1852.

RICORD. — Traité des inoculations appliquées à l'étude des
maladies vénériennes. Paris, 1838.

CARMICHAEL. — On the efficacy of pissure in certain cases
of venereal phagœdenie ulceration. *Dublin J. M.*
Sc., 1848.

BELHOMME. — Du chancre phagédénique. Thèse Paris, 1862.

SAUVEUR POUGET. — Du phagédénisme des chancres. Thèse
Montpellier, 1882.

BERGER. — De l'ulcère serpiginieux. Thèse Strasbourg, 1864.

BOIS, — Du phagédénisme serpiginieux compliquant le chancre simple. Thèse Strasbourg, 1869.

BALP. — Du phagédénisme. Thèse Montpellier, 1869.

SENECQ. — Contribution à l'étude du phagédénisme. Thèse Paris, 1908.

CH. NICOLLE. — Recherches sur chancre mou. Thèse Paris, 1893.

BROCQ & SIMON. — *Bulletin de la Société méd. des Hôpitaux de Paris*, février 1908.

JULLIEN. — Réflexions sur phagédénisme sceptique et syphilitique. *Société française de Dermatologie*, avril 1890.

THIBIERGE, RAVAUT & LESOURD. — *Soc. Méd. Hôpitaux*, 2 juin 1905.

BIZARD & Gaston RIBON. — *Société française de Dermatologie*, novembre 1902.

BRAULT (d'Alger). — *Société française de Dermatologie*, Janvier 1906.

GOUGEROT. — Chancre mou. *Paris Médical*, avril 1912.



IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e)



